STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
NOV
15
1912

Die Kaiserschnitte an der geburtshilflichen Klinik des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin in der Zeit vom Oktober 1910 bis Oktober 1911.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Walter Fiehn
aus Berlin.

Tag der Promotion: 17. November 1911.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

-48

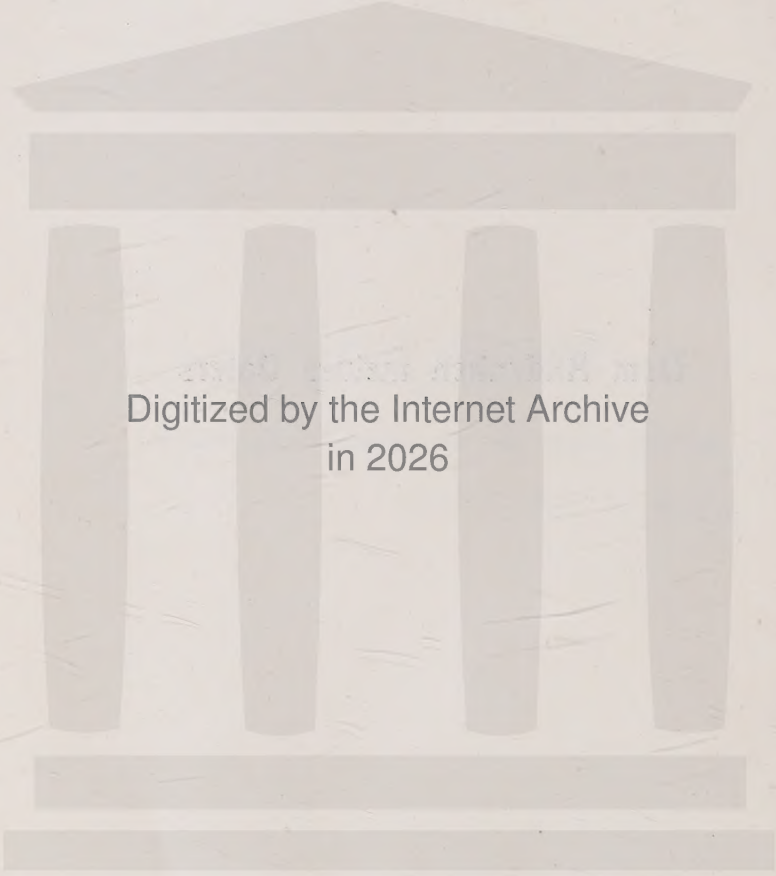
Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Franz.**

Dem Andenken meines Vaters.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/diekaiserschnitt0000walt

Keine geburtshilfliche Operation hat bezüglich ihrer Indikationen, ihrer Technik und ihrer Erfolge solche Wandlungen erfahren wie der Kaiserschnitt. Seine Mortalität, die anfangs sehr groß war, sank schon wenige Jahre nach Einführung der Asepsis und Antisepsis. Die Erfolge sind von da ab immer bessere geworden. So außerordentlich aber auch die Verbesserung der Sterblichkeit nach der Sectio caesarea in der neueren Zeit ist, so darf sich doch die operative Geburtshilfe mit den erreichten Resultaten nicht zufrieden geben. Und gerade jetzt in der Neuzeit hat sich das Interesse für die Operation sehr gesteigert, „mehr denn je werden alle Seiten dieses Eingriffs neu beleuchtet, Indikationen, Nahtmethoden usw., vor allem aber die Frage der allgemeingültigen wichtigen Methode".

Frank hat das Verdienst, diese Operation in der Gegenwart mit Erfolg aufgegriffen zu haben. In der 110. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie sowie auf der 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte sprach Frank über die Frage: „Ist der Kaiserschnitt verbesserungsfähig?" Man scheute zu sehr die Nachteile des bisherigen Verfahrens: Hervorwälzen des Uterus, Eröffnung desselben bei gleichzeitig geöffneter Bauchhöhle und nachher Versenken der Uteruswunde in diese. Frank schlug eine neue Operationsmethode vor: „Die suprasymphysäre Entbindung": Eröffnung der Bauchhöhle durch Bardenheuerschen Querschnitt. Plica vesico-uterina quer gespalten. Peritoneum nach oben und unten geschoben und mit dem parietalen Peritoneum des oberen resp. unteren Wundrandes vernäht; nun bei geschlossener Peritonealhöhle die Uteruswand

in ihrem unteren Segment extraperitoneal mit einem ca. 8 cm langen Schnitt quer inzidiert. Der Uterus bleibt während der ganzen Operation in situ. Frank glaubte, daß sich gerade infizierte und infektionsverdächtige Kreißende für diese Operationsmethode eignen, bei denen der klassische Kaiserschnitt wegen Peritonitisgefahr nicht mehr angängig ist.

Die guten Erfolge, die Frank mit seiner Methode hatte, veranlaßten auch andere Geburtshelfer sie auszuprobieren.

Veit war der erste, der das Franksche Verfahren praktisch nachprüfte, um ein eigenes Urteil darüber zu gewinnen; er hatte ebenso wie andere einen günstigen Eindruck. An seiner Klinik wurde die Franksche Methode etwas modifiziert: Längsschnitt von der Symphyse anfangend in der Linea alba ca. 12 cm lang durch alle Schichten der Bauchhaut; darauf Längsspaltung des Uterusperitoneums in der Medianlinie von der tiefsten Stelle der Plica vesico-uterina nach oben herauf soweit wie das Peritoneum dem Uterus anliegt. Nach Mobilisierung des Peritoneums nach beiden Seiten wird dieses mit dem Peritoneum parietale vernäht. Längsschnitt in den Uterus. Kind entwickelt; dann Placenta. Naht des Uterusperitoneums und der Bauchdecken. So wurden bei Veit 8 Fälle, darunter ein infizierter mit gutem Erfolg operiert. Sellheim wollte dasselbe wie Frank erreichen, aber auf anderem Wege: er legte dem extraperitonealen Vorgehen große Bedeutung bei und beschäftigte sich viel mit der anatomischen Begründung und technischen Ausbildung des Verfahrens. Er stellte genaue Untersuchungen über das Verhalten des Bauchfellüberzuges der Blase und des Uterus an: am Ende der Schwangerschaft ist das Blasenperitoneum zu ca. $^3/_4$ auf den Uterus übergegangen. Das unverschiebliche Uterusperitoneum ist oben. Die Blase liegt dem Uterus eine große Strecke extraperitoneal und leicht trennbar auf. Wenn nun das Zurückweichen des Uterus unter der Geburt stattfindet, wird das Blasenperitoneum fast vollständig von der Blase auf den Uterus

hinübergezogen; so wird in der Austreibungsperiode der untere Uterusabschnitt völlig extraperitoneal. Dieses Stück ist dann gerade für die Anlegung des Schnittes sehr günstig. Sellheim nannte diese Methode den „extraperitonealen“ oder „supravaginalen“ Kaiserschnitt: Pfannenstielscher Fascienquerschnitt. Durchtrennung der Mm. recti in der Längslinie. Bauchfell vom Blasenscheitel und unteren Uterusabschnitt abgeschoben. Cervix in der Längslinie gespalten. Dieses Verfahren war jedoch nicht immer glatt ausführbar; mitunter war die Ueberwanderung des Peritoneums von der Blase auf den Uterus zu gering, deshalb operierte Sellheim in diesen Fällen anders: Querer Einschnitt in das Peritoneum parietale dicht oberhalb der Blasengrenze; quere Durchtrennung des Uterusperitoneums nahe der Plica vesicouterina; nach oben präpariert und mit dem Peritoneum parietale provisorisch vernäht. Abschieben der Blase vom Uterus möglichst weit nach unten; auf diese Weise ein extraperitonealer Raum geschaffen.

Groß war die Begeisterung für diesen Vorschlag Sellheims: „Keiner, der einmal den supravaginalen Kaiserschnitt ausgeführt hat, wird den klassischen mehr anwenden.“

Pfannenstiel konnte sich weder mit dem „suprasymphysären“ Kaiserschnitt Franks noch mit dem „extraperitonealen“ Uterusschnitt Sellheims einverstanden erklären, gerade bei infizierten Fällen. Das normale Peritoneum wird nach seiner Meinung besser mit der Infektion fertig als ausgedehnte Weichteilwunden. Nicht extraperitoneal sondern transperitoneal will er die Sectio cervicalis ausführen. Die Uteruswunde sollte also nicht im oberen nach der freien Bauchhöhle hin gelegenen Teil des Uterus, sondern im untersten Abschnitt des Corpus und im Cervix (also im meso-uterinen Abschnitt) liegen. Er ging, wie folgt, vor: Suprasymphysärer Fascienquerschnitt; mediane Durchtrennung und Eröffnung des Peritoneum parietale oberhalb

der Blase; etwa 10 cm langer Medianschnitt in die Cervix uteri, möglichst ohne die Blase abzulösen, oder wenn nicht genügend Platz ist, weil die Blase einen zu großen Teil der Cervix deckt, Abschieben derselben nach querer Durchtrennung des Bauchfells oberhalb der Blase. Der so freigelegte Uterusteil längs gespalten.

Auch Pfannenstiels Vorschlag des transperitonealen Vorgehens blieb nicht ohne Widerspruch. Man wollte ja doch unter allen Umständen das Peritoneum gegen verdächtiges Uterussekret schützen, und das konnte man nur, wenn man sich mit völliger Umgehung des Peritoneums den Weg zum Uterus bahnte, also extraperitoneal und nicht transperitoneal operierte.

Sellheim wollte dies auf extraperitonealem abdominellem Wege erreichen durch seine „Unterbauchdeckenfistel“: Längsschnitt in der Medianlinie; Vereinigung des Peritoneum parietale mit dem Hautschnittrand, Peritoneum des unteren Uterus-Abschnittes längs gespalten, seitlich etwas unterminiert, ebenfalls mit dem Hautschnittrand vernäht. In dem nun so vom Peritoneum entblößten Uterus Entwicklung des Kindes durch Längsschnitt. Die Uterusschnittränder mit den Hauträndern vereinigt.

Einen weiteren Fortschritt machten Latzko und Döderlein. Latzko verdrängte nach Eröffnung der Bauchdecke die Blase nach einer Seite, und zwar rät er sie von links nach rechts zu schieben und dann dem sich präsentierenden Uterus-Abschnitt längs zu inzidieren. Döderleins Methode deckt sich im allgemeinen mit der von Latzko.

Schließlich wurde denn noch von Dührssen-Solms eine Kombination des vaginalen und suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnittes angegeben: die Laparo-Kolpohysterotomie.

An der geburtshilflichen Klinik des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin sind nun in der Zeit vom Oktober 1910 bis Oktober 1911 im Ganzen 26 Kaiserschnitte — ab-

gesehen von vaginalen — ausgeführt worden. Es sei mir gestattet, zunächst die Geburtsberichte zu besprechen — leider war es mir nicht möglich, alle vollständig zu erhalten — und dann die Erfahrungen, die dabei gesammelt sind, soweit sich aus der kleinen Zahl ein Schluß ziehen läßt.

Die folgenden Kaiserschnitte sind wegen der häufigen Form des engen Beckens ausgeführt, also wegen platter und allgemein verengter Becken. Dabei kommt es auf die Form des Beckens, ob platt oder allgemein verengt, nicht an, denn der Geburtsverlauf und daher auch die Indikationsstellung sind nicht davon, sondern nur von der Länge der Conjugata und Größe und Konfigurationsfähigkeit des kindlichen Schädels abhängig.

I. Fall.

K. L., 26 Jahre, III. p., war vom 21. X. bis 5. XI. 1910 in der Klinik. Patientin hat zweimal den Kaiserschnitt durchgemacht, einmal in Dresden, das andere Mal in Berlin. Beide Kinder tot. Beckenmasse: Sp.: $23^1/_2$; Cr.: 25; Tr.: $30^1/_2$; Conjug. ext.: 17; Conjug. diag.: $8^3/_4$; Conjug. vera: 7 (geschätzt). Außerhalb einmal untersucht; einmal in der Klinik. Körperwärme: 37,4. Bei der Aufnahme: Mmd.: kleinhandtellergroß; Blase steht; Kopf beweglich. Wehenbeginn: unbekannt. Blasensprung: 21. X. vorm. 11 Uhr 20 Min. Geburt des Kindes: 21. X. 11 Uhr 28 Min. vorm. Geburt der Nachgeburt: 21. X. 11 Uhr 30 Min. vorm. I. H.-L.

Operation: Hautschnitt. Fascienquerschnitt. Untere Uterusabschnitt durch den vorliegenden Teil vorgewölbt. Uterus-Längsschnitt 8 cm lang oberhalb des Blasenhalses. Kopf mit der Zange entwickelt, Blutung sehr gering. Loslösung der Placenta. Uterus in 2 Schichten fortlaufend genäht. Naht des sehr verschieblichen Bauchfelles. Ergotin.

Länge des Kindes: $52^1/_2$ cm. Schwere 3450 gr.

Wochenbett: für Mutter ungestört. Gesund mit Kind entlassen.

II. Fall.

A. Sch., 19 Jahre, I. p. war vom 10. X. 1910 bis 15. XII. 1910 in der Klinik. Beckenmasse: $12^1/_2$; 25; 29; $18^1/_2$; 9,5; Conjug. vera: (geschätzt) 7,5. — Untersucht: zweimal außerhalb; 7 mal Klinik. Temperatur: 36,7 bei der Aufnahme. Mmd.: Fünfmarkstückgroß;

Blase steht; Kopf beweglich. Wehenbeginn: unbekannt. Blasensprung: 13. X., 7 Uhr 40 Min. nachm. Geburt des Kindes: 14. X., 4 Uhr 30 Min. nachm. Geburt der Nachgeburt: 14. X., 4 Uhr 35 Min. nachm. I. H.-L.

Operation: Seit 20 Std. kein Fortschreiten der Geburt (Kopf mit einem kleinen Segment fest im Beckeneingang; mit dem größten Teil über dem Becken; ist sehr hart). Durchtrennung der Bauchdecken mittels Pfannenstiel'schen Fascienquerschnitts. Eröffnung des Peritoneums dicht oberhalb der Blase. Spalten der vorderen Cervixwand. Darauf Entwicklung des Kindes mit der Zange. Dasselbe leicht asphyktisch, wird sofort belebt. Exprimieren der Placenta. Cervix wurde durch zwei fortlaufende Etagencatgutnähte verschlossen; darauf wird Peritoneum, Muskulatur, Fascie und das untere Fettgewebe schichtweise durch fortlaufende Catgutnähte geschlossen. Hautwunde durch Michel'sche Klammern vereinigt. Der ziemlich atonische Uterus kontrahiert sich nach Ausdrücken größerer Blutmengen. 4 Spritzen Ergotin.

Kind: Länge 52 cm, Schwere: 3370 g. Der kindliche Schädel ist sehr hart; das rechte Scheitelbein ist unter das linke geschoben; dicht über dem linken Proc. mastoid. 3 Druckstellen, eine kleinere auf dem rechten Scheitelbein. Wochenbett: Die Bauchwunde heilte reaktionslos; dagegen stellte sich erhöhte Temperatur infolge einer geringen Bronchitis und einer mäßigen Cystitis ein. Diese Erkrankungen verschwanden aber in kurzer Zeit unter geeigneter Behandlung. — Mutter und Kind gesund entlassen.

III. Fall.

M. B., 27 Jahre, IV. p., war vom 18. XI. bis 23. XII. 1910 in der Klinik. Als Kind Rhachitis; mit 5 Jahren lernte sie erst laufen. Frühere Geburten: 1.: 1905, im 8. Monat; totgeboren, mazeriert. Spontangeburt: Länge 40 cm, Schwere 1160 g. — 2.: 1907, im 10. Monat. Linksseitige Pubotomie mit Forceps. Frucht: Länge: 54 cm, Schwere: 3500 g. Kind lebt. — 3.: 1909, im 10. Monat. Rechtsseitige Pubotomie mit Forceps. Frucht: Länge: 47 cm; Schwere: 3250 g. Kind lebt.

Kleine Person, nicht die geringste Gehstörung. Untersucht: einmal außerhalb; einmal Klinik. Im Urin: Eiweiß. Körperwärme: 37,9. Beckenmaße: 26; 29,5; 33; 18. Bei der Aufnahme: Portio verstrichen; Mmd.: vollständig eröffnet; Kopf fast im Becken; Blase gesprungen. II. H.-L. Wehenanfang: 18. XI., 7 Uhr vorm. Blasensprung: 9 Uhr 45 Min. vorm. — Geburt des Kindes: 18. XI., 12 Uhr 45 Min nachm. Geburt der Nachgeburt: 18. XI., 1 Uhr nachm.

Da trotz mehrstündiger Wehen der Kopf immer noch mit seiner größten Circumferenz oberhalb des Beckeneinganges steht, wird die Entbindung durch den „suprasymphysären" Kaiserschnitt beschlossen, zumal eine gleichzeitige Sterilisation vorgenommen werden soll.

Pfannenstiel'scher Querschnitt, Längsschnitt durch das untere Uterin-Segment. Entwicklung des Kopfes mittels Zange. Kind leicht asphyktisch, sofort zum Schreien gebracht. Leichte Blutung aus der Uterus-Wunde. Expression der Placenta. Etagennaht des Uterus. Uterus kontrahiert sich nach Ergotin sehr gut. — Darauf nach doppelter Unterbindung beiderseits Durchtrennung der Tuben und Einnähen des Stumpfes in das Ligament latum. Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht. Verband.

Kind: Länge: $49^1/_2$ cm. Schwere: 2850 gr. Kopfgeschwulst auf dem rechten Scheitelbein; link. Scheitelbein unter das rechte geschoben. Kopfmaße: gerad. D.: 10; groß. schräg. D.: $10^1/_2$; senkr.: $9^1/_2$; groß. quer.: 8; kl. quer: 7; größt. Umfg.: 34; funktion. Umfg.: $30^1/_2$.

Wochenbett: Allgemeines Befinden war gut; die Temperatur stieg aber allmählich auf 38°. Ausfluß und Stuhl in Ordnung. Als am 5. VII. die Klammern entfernt werden, entleert sich auf Druck aus der Bauchdeckenwunde Eiter. Eröffnung der Nahtwunde auf 7 cm. Temperatur sinkt allmählich; die Eitersekretion erheblich. 14. Tag: fieberfrei. Wunde hat sich völlig gereinigt, granuliert. Wohlbefinden. Entlassung: Wunde hat sich noch nicht ganz geschlossen, sieht sehr gut aus. Wird auf ihren Wunsch mit Kind entlassen. Zum Verbandwechsel bestellt. Wenige Tage später geheilt.

IV. Fall.

K. B., 22 Jahre, I. p., war vom 30. XI. bis 15. XII. 1910 in der Klinik. Patientin selbst 1,32 groß; hochgradige Rhachitis, erst mit 7 Jahren laufen gelernt. Ihre sämtlichen sechs Geschwister rhachitisch.

Beckenmaße: 24; 25; 31,5; 16; 6,5; Conjug. vera: 5,0. — Beine: Spin. ilac. ant. sup. — Kniegelenk r. 26, l. 29; Spin. iliac. ant. sup. — Malleol. ext. r. 62, l. 65; — Kniegelenk — Malleol. ext. r. 36, l. 36; Kniegelenk — Malleol. int. r. 27, l. 37. — Unterbein sehr flach; Steißbeinspitze rechtwinklig abgeknickt. — Untersucht: einmal außerhalb; einmal Klinik. — Körperwärme: 36,4. — Bei der Aufnahme: Mmd.: Zweimarkstückgroß; Blase gesprungen; Kopf beweglich. — Wehenanfang: 30. XI., 5 Uhr vorm. — Blasensprung: 30. XI., 4 Uhr 30 Min. vorm. — Geburt des Kindes:

30. XI., 12 Uhr nachm. — Geburt der Nachgeburt: 30. XI., 12 Uhr 25 Min. nachm. — Fruchtlage: I. H.-L.

Operation: Längsschnitt oberhalb der Symphyse ca. 11 cm lang. Die vorliegende vordere Uteruswand längs incidiert und einige blutende Gefäße der Uteruswand abgeklemmt. Das r. Ohr des Kindes liegt vor; Kopf manuell herausgedrückt, Kind extrahiert. Lebensfrisch zur Welt. Darauf Schluß der Uteruswunde durch fortlaufende Nähte (Decidua, Muscularis, Sero-Serosa). Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht. Gute Uteruskontraktion.

Kind: Länge: 51,5 cm; Schwere: 3810 gr.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

V. Fall.

M. A., geb. St., 30 Jahre, II. p., war vom 6. XII. bis 24. XII. 1900 in der Klinik. Als Kind Rhachitis; lernte erst mit 4 Jahren laufen.

1. Geburt: spontan 1900; Kind starb nach 8 Tagen.

Beckenmaße: 26; $27^1/_2$; 31; 18; 9; Conjug. vera: 7,5. — Im Urin Eiweiß; untersucht: außerhalb dreimal, Klinik einmal. Körperwärme: 36,5. — Bei der Aufnahme: Mmd.: Fünfmarkstückgroß; Blase steht. Kopf überm Becken beweglich. I. H.-L. — Wehenanfang: 5. XII., 5 Uhr nachm. — Blasensprung: nicht bekannt. — Geburt des Kindes: 6. XII., 1 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 5. XII., 1 Uhr 35 Min. nachm.

Operation: Es besteht die Befürchtung, daß bei der Beckenenge eine spontane Geburt nicht möglich ist. Schnitt durch Haut und Fascie nach Pfannenstiel (15 cm lang). Stumpfes Auseinanderziehen der Mm. recti abdominis in der Medianlinie, desgleichen des Peritoneums. Abschieben des Peritoneums von der Cervix. Eröffnung des Uterus durch einen Längsschnitt in die Cervix, der infolge der Drehung des Uterus etwas nach der linken Kante zu liegt. Extraktion des Kindes. Nach Lösen der Placenta Ergotin. Schluß der Uteruswunde durch doppelte Etagennaht. Sicherung derselben durch seroso-seröse Naht. Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht. Schluß der Hautwunde durch Michel'sche Klammern.

Kind: Länge: 47 cm; Frucht: 2770 gr; Kopfmaße: 11; $12^1/_2$; 9; 8; 7.

Wochenbett: verläuft gut; die Wunde heilt bis auf eine kleine, 1 cm lange Infiltration, aus der sich auf Druck Eiter entleert. Die kleine Tasche wird geöffnet. Bei der Entlassung ist die Hautwunde noch nicht genügend granuliert; sie sezerniert noch etwas. Ambulante Nachbehandlung. In wenigen Tagen geheilt.

VI. Fall.

P. J., geb. D., 31 Jahre, III. p., war vom 5. XII. bis 31. XII. 1910 in der Klinik. Frühere Geburten 1907 und 1908 Perforation wegen engen Beckens.

Beckenmaße: 23; 27; 30; 16,5; 10; Conjug. vera: 8. — Bei der Aufnahme: Portio erhalten; Mmd.: Dreimarkstückgroß; Blase steht; Kopf beweglich überm Beckeneingang. I. H.-L. Körperwärme: 36,5. Untersucht: zweimal außerhalb, zweimal Klinik. — Wehenanfang: 15. XII., 1 Uhr vorm. — Blasensprung: nicht bekannt. — Geburt d. Kindes: 15. XII., 4 Uhr 30 Min. vorm.

Operation: Trotz sehr kräftiger Wehen (alle 3 Min.) tritt der Kopf nicht ins Becken. Querer Schnitt durch Haut und Fascie nach Pfannenstiel (ca. 12 cm lang); Spaltung der Mm. recti und des parietalen Peritoneum in der Medianlinie. Das viszerale Peritoneum und die Cervix werden in der Medianlinie gespalten. Entwicklung des Kindes mittels Zange. Kind wird lebensfrisch geboren. Nach Geburt der Placenta Schluß der Uteruswunde durch doppelte Etagennähte. Peritoncalnaht durch fortlaufende seroso-seröse Naht. Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht, der Hautwunde durch Michel'sche Klammern.

Kind: Länge: 52 cm; Schwere: 4000 gr; Kopfmaße: $12^3/_4$; 13; 8; $9^3/_4$; 8; 38; $38^1/_2$.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

VII. Fall.

B. J., geb. Pr., 26 Jahre, II. p., war vom 10. I. bis 22. I. 1911 in der Klinik. Patientin zeigt rhachitische Verkrümmungen. 1. Geburt 1909; wurde mit der Zange wegen Krampfanfällen beendet. Kind gesund; 48 cm lang.

Beckenmaße: 27; $29^3/_4$; 31; 17; 8; Conjug. vera: $6^1/_2$. Untersucht: dreimal außerhalb, einmal Klinik. Körperwärme: regelrecht. Wehenanfang: 7. I., 10 Uhr 30 Min. vorm. — Blasensprung: 9. I., 11 Uhr 45 Min. nachm. — Geburt des Kindes: 10. I., 6 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 10. I., 6 Uhr 40 Min. nachm. I. H.-L.

Operation: Wegen der bestehenden Beckenenge wird, zumal der beweglich über dem Beckeneingang stehende Kopf sehr groß zu sein scheint, die Entbindung durch den Kaiserschnitt beschlossen.

10 cm langer Längsschnitt oberhalb der Symphyse; nach Freilegung des unteren Uterinsegments Längsschnitt durch dasselbe und Extraktion des freiliegenden Kopfes mit der Zange. Kind leicht asphyk-

tisch, bald zum Schreien gebracht. Nach der Geburt kontrahiert sich der Uterus gut. Placenta wird spontan nach 5 Min. geboren. Schluß der etwa 8 cm langen Uterusschnittwunde durch fortlaufende Muskelnaht und darüber liegende Peritonealnaht. Schluß der Bauchwunde.

Kind: Länge: 52 cm; Schwere: 3290 gr; Kopfmaße 11; 12; 9; $9^1/_2$; $8^1/_2$; 35; 33.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

VIII. Fall.

A. H., geb. V., 38 Jahre, VIII. p., war vom 6. II. bis 18. II. 1911 in der Klinik.

Die früheren Geburten (7) sehr schwer, meist mit ärztlicher Hilfe und Narkose. 4 Kinder sind in den ersten Jahren an Brechdurchfall gestorben, 3 Kinder leben und sind gesund.

Beckenmaße: 26; 28; 32; 19; 11; Conjug. vera: 9. Schambogen sehr steil. Bei der Aufnahme: Mmd.: handtellergroß; Blase gesprungen; Kopf beweglich. Vordere Scheitellage. — Untersucht: sechsmal außerhalb, einmal Klinik. Keine erhöhte Temperatur. — Wehenanfang: 4. II., 1 Uhr vorm. — Blasensprung: 5. II., 10 Uhr nachm. — Geburt des Kindes: 6. II., 1 Uhr 45 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 6. II., 1 Uhr 50 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt von 6 cm oberhalb der Symphyse durch Trennung der Bauchdecken bis auf den Uterus. Längsdurchschneidung des cervikalen Teiles des Uterus auf ungefähr 6 cm Länge. Ohr liegt vor, Fruchtwasser ist abgeflossen. Mit der Zange versucht das Kind zu entwickeln. Zange rutscht ab, wodurch eine Drehung des Kindes entsteht. Danach gelingt die Extraktion. Placenta wird bald darauf entwickelt. Naht des Uterus in 3 Schichten, zwei Muskelschichten und eine seroso-seröse Schicht. Schluß der Bauchwunde in üblicher Weise. Uterus gut kontrahiert. Mäßiger Blutverlust. Ergotin.

Kind: 54 cm Länge; 4660 g Schwere. Harte Knochen. Kopfmaße 12; 14; 10; $9^1/_2$; 8; $37^1/_2$.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

IX. Fall.

M. W., geb. R., 21 Jahre, I. p., war vom 6. II. bis 15. II. 1911 in der Klinik. Hat erst mit 8 Jahren laufen gelernt; ausgesprochene Rhachitis; Verkürzung (3—4 cm) des r. Beines und sehr starke rhachitische Verkrümmung beider Oberschenkel.

Becken: 22; 23; $24^1/_2$ 15; $7^1/_2$ Conjug. vera: $5^1/_2$.

Aufnahme: Portio verstrichen, Mmd.: handtellergroß; Blase steht; Kopf beweglich. II. H.-L.

Untersucht: außerhalb fünfmal, Klinik einmal. Fieberfrei. — Wehenanfang: 5. II., 3 Uhr 30 Min. vorm. — Blasensprung: 6. II., 2 Uhr 15 Min. nachm. — Geburt des Kindes: 6. II., 2 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 6. II., 2 Uhr 40 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt von 6 cm oberhalb der Symphyse durch Trennung der Bauchdecken bis auf den Uterus. Längsdurchschneidung des cervikalen Teiles des Uterus auf ungefähr 6 cm Länge. Fruchtwasser ist abgeflossen. Extraktion des Kindes mit der Zange. Darnach Versuch, Placenta an der Nabelschnur zu entwickeln, die aber reißt; jetzt stückweises Ausräumen der Placenta, wobei Eihäute z. T. zurückbleiben, die dann noch besonders herausgeholt werden müssen. Naht des Uterus in drei Schichten, zwei Muskel- und eine seroso-seröse Schicht. Schluß der Bauchwunde in üblicher Weise. Uterus gut kontrahiert. Blutverlust mäßig; Ergotin.

Kind: Länge: 45 cm; 2060 g Schwere; Kopfmaße: 10; $11^1/_2$; 8; $7^1/_2$; $6^1/_2$; $31^1/_2$.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

X. Fall.

B. V., geb. L., 34 Jahre, III. p., war vom 16. II. bis 1. III. 1911 in der Klinik. Als Kind erst mit $3^1/_2$ Jahren laufen gelernt; Rhachitis. Frühgeburt: 1. 1904; Fußlage, Kind lebt. — 2.: 1908; Fußlage, Kind starb während der Geburt.

Becken: 26; 27,5; 30; 18,5; 9; Conjug. vera: 7. I. H.-L.

Untersucht: einmal Poliklinik, einmal Klinik. Fieberfrei. — Wehenanfang: unbekannt. — Blasensprung: 16. II., 10 Uhr 30 Min. vorm. — Geburt des Kindes: 16. II., 2 Uhr nachm. — Geburt der Nachgeburt: 16. II., 2 Uhr 5 Min. nachm.

Operation: Oberhalb der Symphyse Schnitt in der Medianlinie 10 cm lang. Nach Eröffnung des Peritoneums Durchtrennung der Cervix und Entwicklung des lebenden Kindes. Uterus kontrahiert sich schlaff. Entwicklung der Placenta. Ziemlich erhebliche Blutung, die nach Ergotin steht. Naht des Uterus mit drei fortlaufenden Nähten: muscul. — muscul., muscul. seros. — muscul. seros., seros-seros. Naht des Bauchschnitts.

Kind: Länge: 51 cm Schwere; 3260 g. Großes Kind. Kopfmaße: 12; 12; 11; 10; 9; 37; 36.

Wochenbett: Für die Mutter reaktionslos. Kind bekam geringe Temperatursteigerung; es erkrankte an Ikterus und Parotitis; konnte aber 1. III. 1911 mit Mutter gesund entlassen werden.

XI. Fall.

M. P., geb. R., 32 Jahre, II. p., war vom 16. II. 1911 ab in der Klinik, wurde am 23. II. nach der septischen Station verlegt, 11. III. entlassen. Frühgeburt: 1. III. 1906. Zangengeburt. Kind lebt.

Becken: 26; 29; 33; 20; 12; Conjug. vera: 10.

Aufnahme: Mmd.: kleinhandtellergroß; Blase gesprungen; Kopf bewegl., groß. Keine ordentlichen Wehen. I. H.-L.

Untersucht: einmal Poliklinik, einmal Klinik. Körperwärme 37,4. — Wehenanfang: 15. II., 8 Uhr vorm. — Blasensprung: 16. II., 9 Uhr vorm. — Geburt des Kindes: 17. II., 12 Uhr 40 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 17. II., 12 Uhr 45 Min.

Operation: Schnitt in der Medianlinie ca. 10 cm lang oberhalb der Symphyse. Eröffnung des Uterus und Entwicklung des Kindes; dasselbe asphyktisch, bald zum Schreien gebracht. Dreifache Naht des Uterus. Peritoneal-Naht. Etagennaht. Klammern. Es entstand eine mäßige Blutung wegen Atonie; jedoch kein Eingriff zur Steigerung des Blutdrucks nötig.

Kind: Länge: 50 cm; Schwere: 4850 g. — Kopfmaße: 12; 13; 10; $9^1/_2$; 8; 37.

Wochenbett: Körperwärme ist nach vier Tagen allmählich auf 38^0 gestiegen, bei Entfernung der Klammern Eröffnung eines reichlich sezernierenden Bauchdeckenabszesses, z. T. stinkender Eiter. Körperwärme ist am 7. Tage bereits regelrecht. Geheilt mit Kind entlassen.

XII. Fall.

M. Kr., geb. P., 28 Jahre, I. p., war vom 22. III. bis 2. IV. 1911 in der Klinik. Erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Rhachitis. Beckenmaße: $25^1/_2$; 25; 26; $16^1/_2$; Conjug. diag. 10—$10^1/_2$. Aufnahme: Mmd.: für 1 Finger durchgängig; Blase steht; hinter ihr die pulsierende Nabelschnur. I. H.-L.

Untersucht: dreimal außerhalb, einmal Klinik. Körperwärme: 37,6.

Wehenanfang: unbekannt. — Geburt des Kindes: 22. III., 7 Uhr nachm. — Blasensprung: unbekannt. — Geburt der Nachgeburt: 22. III., 7 Uhr nachm.

Operation: Längsschnitt 10 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich die vordere Uteruswand ein. Kleiner Längsschnitt im unteren Uterinsegment. Kind wird mit hoher Zange entwickelt. Nach Expression der Placenta Naht der Uteruswand in doppelter Schicht. Uebernähung mit Peritoneum. Schluß der Bauchwunde wie üblich. Sehr geringe Blutung.

Kind: Länge: $47^1/_2$ cm; Schwere: 2700 g.
Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

XIII. Fall.

L. Kl., geb. Sch., 29 Jahre, III. p., war vom 2. IV. bis 29. IV. in der Klinik. Früh. Geburt: 1.: 1908. Fehlgeburt im sechsten Monat. Wochenbett: normal. 2.: 1909. Fehlgeburt im siebenten Monat. Wochenbett: normal. Viermal außerhalb untersucht.

Beckenmaße: $25^1/_2$; 27; 30; $18^1/_2$; 10,5. Conjug. vera: 8,5. Aufnahme: kindl. Herztöne 156. Reichlich Abgang von Me. conium. Kopf von außen deutlich über die Symphyse hervorragend, noch etwas bewegl. Mäßig starke Wehen. Nach einer Stunde Herztöne ca. 80. Kopf immer noch bewegl.; in kurzer Zeit steigen die Herztöne auf 180. — Wehenanfang: 1. IV., 9 Uhr 6 Min. — Blasensprung: 2. IV., 6 Uhr 30 Min. vorm. — Geburt des Kindes: 2. IV., 4 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 2. IV., 4 Uhr 35 Min. nachm. I. Schdllg.

Operation: Längsschnitt in der Mittellinie durch die Haut, Unterhautzellgewebe, Fascie, Peritoneum, Längsöffnung der Cervix, wobei sich reichlich meconiumhaltiges Fruchtwasser entleert. Da den Kopf mit der Zange zu entwickeln Schwierigkeiten macht, Wendung und Extraktion eines lebenden Kindes. Durch den großen Kopf wird die Cervix etwas nach unten und oben eingerissen. Expression der Placenta mit Eihäuten. Naht des Uterus in drei Etagen fortlaufend. Naht des Uterusperitoneums mit fortlaufender Catgutnaht. Uterus gut kontrahiert. Bauchhöhle wie üblich geschlossen. Expression der Placenta.

Kind lebensfrisch: 25 cm lang; 3620 g schwer.

Kopfmaße: $12^1/_2$; $14^1/_2$; $10^1/_2$; $10^1/_2$; $9^1/_2$; 37.

Wochenbett: Die Bauchwunde, die in toto vereitert ist, wird bis auf die Fascie geöffnet. Dazu gesellt sich eine teigige Schwellung des linken Beines vom Knöchel bis zum Kniegelenk; man fühlt einen deutlich thrombosierten Strang unter dem Lig. Poupartii und in der linken Kniekehle. Die Bauchwunde reinigt sich.

27. Tag. Bauchwunde bis auf einen fingerbreiten granulierenden Streifen geschlossen. Am linken Bein kaum noch Schwellung sichtbar; keine Stränge mehr fühlbar. Bein war seit zwei Tagen nicht mehr fixiert. Beschwerdefrei. Innerlich nicht untersucht. Verläßt entgegen ärztlichem Rat die Anstalt.

XIV. Fall.

A. W., geb. M., 30 Jahre, II. p., war vom 26. V. bis 8. VI.

1911 in der Klinik. 1. Geburt 1907, hatte normalen Verlauf, aber zweitägige Austreibungsdauer.

Beckenmaße: 25; 28; 30; 18; 10; Conjug. vera: 8. I. H.-L. Untersucht: zweimal außerhalb, viermal Klinik. Fieberfrei. — Wehenbeginn: 24. V., 11 Uhr nachm. — Blasensprung: 24. V., 9 Uhr vorm. — Geburt des Kindes: 26. V., 12 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 26. V., 12 Uhr 35 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt 12 cm lang zwischen Nabel und Symphyse. Eröffnung des Peritoneums. Im Bauchraum wenig seröse Flüssigkeit. Längsschnitt über die Cervix. Es kommt der Kopf zu Gesicht, wird mit der Zange entwickelt. Placenta folgt nach wenigen Minuten. Geringe Nachblutung, die auf Massage und Secacornin steht. Naht des Uterus in doppelter Schicht, gesonderte Seronaht. Schluß der Bauchhöhle wie üblich.

Kind: 49,5 cm lang, 3590 g schwer. Kopfmaße: 12; 14; 10; 10; 9; 36; 34.

Wochenbett: Anfangs leichte Temperaturerhöhung, die verschwindet, als am zweiten Tage Stuhl erfolgt ist. Bei der Entlassung sezerniert der oberste Teil der Wunde noch ein wenig, die Wunde sieht sonst gut aus und ist größtenteils vernarbt. Weitere ambulatorische Behandlung. Nach wenigen Tagen geheilt. Gesund mit Kind entlassen.

XV. Fall.

H. K., 21 Jahre, I. p., war vom 28. V. bis 13. VI. 1911 in der Klinik. Körperwärme 37,5. II. Schdllg. — Wehenbeginn: 28. V., 3 Uhr vorm. — Blasensprung: 28. V., 9 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt des Kindes: 28. V., 9 Uhr 30 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt zwischen Symphyse und Nabel. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich der Uterus mit stark ausgebogenem Dehnungsschlauch ein. Längsschnitt in die Cervix. Entwicklung des Kindes mit der Zange. Placenta folgt auf Druck. Atonische Nachblutung steht auf Secacornin und Massage. Naht des Uterus fortlaufend in doppelter Schicht. Uebernähung der Schnittwunde mit Peritoneum, Naht der Bauchhöhle wie üblich. Uterus gut kontrahiert.

Kind: 50 cm lang; 3200 g schwer. Kopfmaße: 12; $13^1/_2$; $10^1/_2$; 10; 9; 36; 34.

Wochenbett verlief fieberfrei bis auf den 10. Tag, an dem etwas erhöhte Temperatur war; der Ausfluß war geringer geworden. Gesund mit Kind entlassen.

XVI. Fall.

E. L., geb. Kr., 31 Jahre, IV. p., war vom 31. V. bis 11. VI. 1911 in der Klinik. Sehr kleine Person, graziler Knochenbau, starke Konkavität der Wirbelsäule; lernte mit $^3/_4$ Jahren angeblich laufen. Frühere Geburt: 1. Geb. 1902; ausgetragen; perforiert. 2. Geb. 1905; ausgetr.; perforiert. 3. Geb. 1908; im 2. Monat Abort eingeleitet.

Beckenmaße: 24; $25^1/_2$; 30; 18; $9^1/_2$; Conjug. vera: $7^1/_2$. Untersucht: einmal in der Klinik, fieberfrei. Aufnahme: Großer Kopf, der beweglich über dem Becken steht. II. Schdllg. — Wehenbeginn: 30. V., 4 Uhr nachm. — Blasensprung: 30. V., 6 Uhr 22 Min. nachm. — Geburt des Kindes: 31. V., 6 Uhr 25 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 31. V., 6 Uhr 30 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneums stellt sich der Uterus mit mäßig hochgezogener Umschlagsfalte ein. Längsschnitt in die Cervix, nach oben etwa 2 cm in den Hohlmuskel hineinragend. Nach Abfluß des reichlichen Fruchtwassers Entwicklung des Kindes mit der Zange. Expression der Placenta. Geringe atonische Blutung steht auf Massage und Secacornin. Naht der Uteruswunde in doppelter Schicht. Isolierte Naht des Peritoneums. Schluß der Bauchwand wie üblich.

Kind: 52 cm lang, 3510 g schwer. Kopfmaße: 13; 14; 12; $10^1/_2$; 9; 37; 36.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

XVII. Fall.

M. Sch., geb. T., 25 Jahre, III. p., war vom 23. VI. bis 9. VII. 1911 in der Klinik. Rhachitis; Unterschenkel gekrümmt; mit vier Jahren laufen gelernt. Frühere Geburten: 1. Geburt 1908: Armvorfall: Kaiserschnitt (Charité). Kind 47 cm lang, 2740 g schwer. 2. Geburt 1909: Unterbrechung der Schwangerschaft wegen zu engen Beckens.

Beckenmaße: 25; 26; 31; 18; 9; Conjug. vera: 7.

Lage: Steißlage. — Untersucht: zweimal, Klinik. Fieberfrei. — Geburt des Kindes: 29. VI., 7 Uhr nachm. — Geburt der Nachgeburt: 29. VI., 7 Uhr 5 Min. nachm.

Operation: 8 cm langer Längsschnitt bis zur Symphyse; die Bauchdecken bis auf den Uterus durchtrennt. Entleerung des Fruchtwassers, das nach außen läuft, da der Uterus an die Bauchdecken gedrängt ist. Es liegt ein Fuß vor. An demselben wird die Extraktion des Kindes vorgenommen. Lösung des Kopfes durch Veit-Smellie'schen Handgriff. Uterus, zunächst schlaff, kontrahiert sich erst auf starkes Kneten. Ziemlich starke Blutung nach Lösung der Placenta, die

fünf Minuten nach Entwicklung des Kindes vorgenommen wird. Secacornin. Naht in drei Schichten; Uterus gut kontrahiert.

Sodann wird nach Beendigung der Uterusnaht zunächst links ein 2 cm langes Stück der Tube an ihrem Abgang vom Uterus reseziert. Das distale Ende wird in eine Peritonealfalte versenkt; über das tubare Ende des Stumpfes wird ebenfalls Peritoneum gelagert. Da hierbei der Uterus angestochen werden muß, blutet es ziemlich erheblich, so daß einige Umstechungen nötig sind. Dasselbe wird auf der anderen Seite gemacht; jedoch dabei keine besondere Blutung.

Nach der Operation Bauchhöhle völlig blutleer. Schluß der Bauchwunde in der üblichen Weise.

Kind: 45 cm lang, 2270 g schwer. Hatte um den Hals die Nabelschnur geschlungen. Kopfmaße: $11^1/_2$; $12^1/_2$; 11; 8; 7; 33; 31.

Wochenbett: Abends am Operationstage plötzlich mäßige Blutung nach außen. Uterus hart und fest. Patientin sieht verfallen aus, friert, sehr unruhig, Puls setzt aus. Warme Einpackungen und Morphium. Patientin erholt sich sofort, fühlt sich wohl. Störungen sind keine vorgekommen. Gesund mit Kind entlassen.

XVIII. Fall.

E. H., geb. K., 30 Jahre, III. p., war vom 9. VII. bis 18. VII. 1911 in der Klinik. Rhachitis; mit $2^1/_4$ Jahren laufen gelernt. Früh. Geb.: 1. Geb. 1904: Spontangeb. 3500 g schwer; Kind starb 8 Monate alt. 2. Geb. 1907: Zangengeburt (Perforation).

Beckenmaße: 24; $26^1/_2$; $32^1/_2$; $19^1/_2$; Conjug. diag. $10^1/_2$.

Untersucht zweimal außerhalb, zweimal Klinik; Körperwärme 37,1. Aufnahme: Promonturium leicht zu erreichen; Mmd.: Dreimarkstückgroß. Kopf beweglich im Beckeneingang. Seitenwände platt. Trotz kräftiger Wehen bleibt der Kopf noch völlig beweglich. Herztöne des Kindes schwanken zwischen 100 und 170, unregelmäßig. Längeres Warten bedeutet Gefahr für das Kind.

Operation: Längsschnitt zwischen Symphyse und Nabel. Eröffnung des Peritoneums. Umschlagsfalte mit nach oben gezogen. Patientin preßt stark, wiederholt kommen Därme ins Operationsfeld (schlechte Narkose!). Eröffnung des Uterus durch Längsschnitt im Bereich der Dehnungszone, mäßige Blutung aus den Schnitträndern. Entwicklung des Kopfes und des kleinen Schnittes nur unter Anwendung einiger Gewalt. Reichliche atonische Nachblutung steht nach Expression der Placenta und auf Secacornin. Uteruswunde

nicht weiter gerissen. Naht in doppelter Schicht; gesonderte serososeröse Naht. Schluß der Bauchhöhle wie üblich.

Kind: 51 cm lang; 3850 g schwer. Kopfmaße: 11,5; 13,5; 10,5; 10; 9,5; 37; 35.

Wochenbett: ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

XIX. Fall.

M. Kl., geb. F., 27 Jahre, III. p., war vom 13. VII. bis 1. VIII. 1911 in der Klinik. Rhachitis; untere Extremitäten verkümmert; mit 4 Jahren laufen gelernt. Früh. Geb.: 1. Geburt 1905, totgeboren; Operation? 2. Geb. 1907, Kind lebt; Pubotomie.

Becken: $24^1/_2$; $25^1/_2$; 31; 17; 8.

Untersucht: in der Poliklinik 1 mal, 1 mal Klinik. Fieberfrei. Aufnahme: Mmd. 5 Markstück groß, Kopf über der rechten Beckenschaufel in Deflexion. I. H.-L. — Geburt des Kindes: 13. VII. 6 Uhr 30 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 13. VII. 6 Uhr 35 Min. nachmittags.

Operation: 12 cm langer Schnitt in der Linea alba von der Symphyse aufwärts. Blase nach abwärts gedrängt. Eröffnung des Peritoneums. Ein ca. 10 cm langer Schnitt in den sich vorwölbenden Uterus zeigt den vorliegenden linken Arm. Kopf auf die rechte Beckenschaufel abgewichen; Kind mit Zange herausbefördert. Kind lebensfrisch, schreit kräftig. Doppelte fortlaufende Naht des Uterus, nachdem die Placenta mit vollständigen Eihäuten aus dem Uterus herausgeholt ist. Peritonealnaht, Naht des Fettgewebes; äußere Wunde geklammert.

Um weitere Schwangerschaften zu verhüten, werden mit Zustimmung der Kreißenden beide Eileiter 1 cm vom Uterus entfernt unterbunden und durchtrennt. Die Oeffnungen eingestülpt und übernäht.

Kind: 50 cm lang, 3500 g schwer. Kopfmasse: 11; 12; 7; 9; 8; 34; 33.

Wochenbett: Fieberfrei bis auf den 10. Tag, wo Pat. eine geringe Temperaturerhöhung bekam; sie klagte über intensive Druckschmerzhaftigkeit beider Adnexe. Die Schmerzen verloren sich später. Gesund mit Kind entlassen.

XX. Fall.

O. R., geb. S., 25 Jahre, I. p., war vom 27. VIII. bis 22. IX. 1191 in der Klinik. Rhachitis; mit 2 Jahren laufen gelernt.

Beckenmaße: 25; 29; 31; 18.

Aufnahme: Mmd. vollständig; Blase gesprungen; Kopf beweglich,

nach rechts abgewichen. II. H.-L. — Untersucht: 8 mal außerhalb, 2 mal Klinik. Temperatur 37,9. — Wehenbeginn: 26, VIII. 3 Uhr 30 Min. vorm. — Blasensprung: 26. VIII. 3 Uhr 30 Min. vorm. — Geburt des Kindes: 27. VIII. 3 Uhr 15 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 27. VIII. 3 Uhr 25 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt in Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse. Eröffnung der Bauchhöhle und der Cervix. Entwicklung des Kopfes verursacht einige Schwierigkeiten, da der Kopf schon sehr fest auf das Becken gepreßt und der Uterus stark kontrahiert ist. Kind etwas asphyktisch, doch bald zum Schreien gebracht. Expression der Placenta, Cervix durch fortlaufende, doppelte Muskelnaht und nachfolgende seroso-seröse Naht geschlossen. Schluß der Bauchhöhle in der üblichen Weise. Uterus gut kontrahiert.

Kind: 50 cm lang; 3090 g schwer; Kopfmasse: 12; 13; $9^1/_2$; 8; $7^1/_2$; $36^1/_2$; 35.

Wochenbett: Am 6. Tage war bereits die Wunde in ihrer oberen Hälfte per primam geheilt, in der unteren hatte sich jedoch ein kleiner Abszeß gebildet, aus dem sich auf Druck Eiter entleerte. Oeffnung der ganzen Wunde, die sich allmählich reinigt, und darnach stark granuliert.

23. Tag: Mutter und Kind gesund entlassen.

XXI. Fall.

E. L., geb. Sch., 24 Jahre, I. p., war vom 28. IX. bis 22. X. 1911 in der Klinik. Rhachitis; mit 5 Jahren laufen gelernt. — Becken: 25; 28; 30; 18; $8^1/_2$; Conj. ver. $6^1/_2$. — Aufnahme: Trotz kräftiger Wehen Kopf beweglich überm Becken. Blase springt bei der Untersuchung. Geringe Aussicht auf Spontangeburt. II. H.-L. — Wehenbeginn: unbekannt. — Blasensprung: 28. IX. 11 Uhr 20 Min. nachm. — Geburt des Kindes: 29. IX. 12 Uhr 30 Min. vorm. — Geburt der Nachgeburt: 29. IX. 12 Uhr 40 Min. vorm.

Operation: Längsschnitt zwischen Symphyse und Nabel; unteres Uterinsegment stark ausgezogen; Durchtrennung des Peritoneums und Eröffnung des Uterus durch Längsschnitt. Entwicklung des Kindes mit der Zange etwas schwierig, da die Schnitte sehr klein sind. Expression der Placenta nach 8 Min.; geringe atonische Blutung steht auf Secacornin. Naht des Uterus in doppelter Schicht; gesonderte Serosanaht. Naht der Bauchdecken wie üblich.

Kind: 49 cm lang; 3000 g schwer. Kopf: $11^1/_2$; 13; 9; 9; 8; $35^1/_2$; 34.

Wochenbett ohne Störung. Gesund mit Kind entlassen.

XXII. Fall.

Kl. M., geb. W., 25 Jahre, I. p., wurde vom 27. X. 1911 in die Klinik aufgenommen, befindet sich zurzeit noch hier. — Rhachitis; mit 4 Jahren laufen gelernt. — Becken: Conjug. vera $8^3/_4$. — Untersucht: II. H.-L. — Blasensprung: 26. X. 10 Uhr nachm. — Geburt des Kindes: 27. X. 12 Uhr 25 Min. nachm. — Geburt der Nachgeburt: 27. X. 12 Uhr 27 Min. nachm.

Operation: Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Eröffnung des Peritoneums. Längsschnitt in der Mitte der Cervix 10 cm lang, Kopf stellt sich mit dem linken Ohr in die Wunde ein, wird ohne Schwierigkeiten mit der Zange entwickelt. Expression der Placenta. Fortlaufende Naht der Cervixwunde in 2 Etagen, darüber seroso-seröse Naht; darauf Schluß der Bauchhöhle in Etagen in üblicher Weise.

Kind: 51 cm lang, 3750 g schwer.

Wochenbett verlief bisher reaktionslos, Pat. ist seit 6. XI. bereits tagsüber außer Bett.

Ich komme jetzt zu zwei weiteren Fällen, wo Tumoren die Indikation zur Sectio caesarea waren: ein Myom war einmal ein Geburtshindernis, ein andermal stellte sich ein Portiocarcinom bei der Untersuchung heraus.

XXIII. Fall.

M. B., geb. A., 32 Jahre, war vom 25. IV. bis 28. V. 1911 in der Klinik. — Die Entbindung fand am 26. IV. 12 Uhr 15 Min. vorm. durch Sectio caesarea statt, weil sich ein tiefsitzendes Myom als Geburtshindernis fand und die Frau nach zweitägigem Abgang des Fruchtwassers fieberte.

Operation: Schnitt 3 Finger oberhalb des Nabels bis zur Symphyse. Herauswälzen des Uterus. Schließen des Peritoneum bis zwei Querfinger breit vom Uterus. Eröffnung desselben von hinten. Geburt eines lebensfrischen, etwas asphyktischen Kindes. Vernähen des Peritoneums rings um die Cervix mit derselben. Vorher Abtragen der rechten Tube und Versenken des rechten Ovariums in die Tiefe. Das linke Ovarium entfernt. Amputation des Uterus von der Cervix. Zurückhalten des Stumpfes mit 2 Stricknadeln über den Bauchdecken. Schließen der Wunde in der üblichen Weise.

Kind: 52 cm lang; 4030 g schwer.

Wochenbett: Am 10. Tage plötzlich hoher Puls und Atemnot: Lungenembolie. Beim tiefen Atmen klagt Pat. über Brustschmerzen vorn unten rechts; daselbst eine handtellergroße Schallabschwächung und leises Atemgeräusch. Puls beschleunigt, kräftig. 15. Tag beschwerdefrei. Wunde granuliert.

Entlassung: Stumpf eingezogen. In der Mitte desselben kommt man in den Cervixkanal. Leib weich. Beschwerdefrei. Gesund mit Kind entlassen.

XXIV. Fall.

A.W., geb. G., 30 Jahre, VI. p., war vom 23. VI. bis 17. VII. 1911 in der Klinik. — Frühere Geburten: 1901; 1904; 1095; 1909 normale Entbindungen und Wochenbetten, das 1. Kind an Tuberkulose gestorben. — Becken: 24; 27,5; 33,5; 21. — Aufnahme: In der Scheide blutig-schmieriges Sekret, das üblen Geruch hat. Portio von wallartigen Wucherungen umgeben, die sich steinhart anfühlen und bei Berührung leicht bluten. Kopf beweglich überm Becken. Untersucht außerhalb 1 mal, Klinik 1 mal.

Operation: Fascienquerschnitt. Uterus zunächst nicht herausgewälzt. Einschnitt im Bereich der Dehnungszone. Entwickeln des Kindes. Placenta wird gelassen. Uteruswunde wird zugeklemmt. Abklemmung der Spermaticae. Isolierte Abklemmung und Unterbindung der Uterinae. Freipräparieren der Ureteren. Abschieben der Blase etwas schwierig wegen der sehr stark entwickelten Venen. Eröffnung der Scheide. Herausschneiden des Uterus. Blutstillung etwas mühsam wegen der sehr reichlich entwickelten Venen. Entfernung des Gewebes aus dem Gefäßdreieck beiderseits. Keine merklich vergrößerten Drüsen. Gazestreifen durch die Vagina. Peritoneum durch fortlaufende Katgutnähte geschlossen. Schluß der Bauchhöhle.

Kind: 48 cm lang; 3500 g schwer.

Wochenbett: reaktionslos. Gesund mit Kind entlassen.

Zum Schluß noch zwei Fälle, die besonderer Erwähnung bedürfen: Bei beiden bestand die Gefahr der Uterusruptur.

XXV. Fall (bereits veröffentlicht).

M. Q., geb. K., 22 Jahre, I. p., war vom 24. IV. bis 15. V. 1911 in der Klinik. Die Entbindung fand durch Kaiserschnitt am 25. IV. 12 Uhr 45 Min. nachm. statt; es handelte sich um eine

Querlage infolge Ventrofixation des Uterus. Sehr unwahrscheinlich schien eine Spontangeburt, da infolge Ventrofixation der Uterus in Anteversioflexiostellung liegt; die Portio ganz nach hinten und oben gezogen und lediglich die hintere Uteruswand gedehnt ist.

Kind: 51 cm lang; 2950 g schwer.

Wochenbett verlief im allgemeinen ohne Störung; jedoch hatte sich links neben der Wunde ein kleines Infiltrat gebildet; dem Eiter wird Abfluß verschafft.

Entlassung: Bauchwunde fast vernarbt; im oberen Teil derselben eine fingerlange und tiefe granulierende Wunde. Uterus gut kontrahiert, aber nach rechts dislociert, anteflektiert. Im oberen Teil ist er mit der Bauchwunde verwachsen. Parametrien weich, eindrückbar. Gutes Allgemeinbefinden. Wird ambulatorisch weiter behandelt. Wunde in wenigen Tagen geschlossen.

XXVI. Fall.

E. Pf., geb. P., 39 Jahre, VI. p., war vom 19. VII. bis 28. VII. 1911 in der Klinik. — Frühere Geburten: 1. 1899, Zangengeburt; 2. 1900, Zangengeburt; 3. 1901, totgeboren; 4. 1903, Spontangeburt; 5. 1905, Spontangeburt, $^1/_2$ Stunde gelebt. — Körperwärme 38,3°. — Geburt des Kindes: 13. VII. 7 Uhr 40 Min. nachm. Geburt der Nachgeburt: 13. VII. 7 Uhr 45 Min. nachm. — Nach Angabe der Frau ist vor etwa 1 Stunde draußen vom Arzt ein Zangenversuch gemacht worden. Zange glitt ab; darnach starke Blutung, Charité-Aufnahme.

Aufnahme: Pat. sehr blaß, hat Aufstoßen, will draußen auch gebrochen haben. Puls 110, irregulär; Leib stark aufgetrieben; man fühlt in der Nabelgegend und von da links abwärts bis zur Leistenbeuge unter der Bauchhaut leises Knistern. — Innere Untersuchung: in der Scheide blutdurchtränkte Wattetampons. Mmd. fast vollständig. Kopf mit mäßiger Kopfgeschwulst im Beckeneingang, läßt sich noch zurückdrängen. Wenn man die Kopfgeschwulst umgreift, kommt man an das leicht erreichbare Promonturium. Links vorn kommt der Finger in einen Cervixriß. Herztöne des Kindes deutlich und von normaler Frequenz. Anzeige für Hilfe: unkomplete Uterusruptur? Cervixriß.

Operation: Laparotomie ev. Porro-Operation oder Totalexstirpation. Medianschnitt; in der Bauchhöhle kein Blut. Vom Riß oder Ruptur am Uterus nichts zu sehen. Deshalb Sectio caesaria cervicalis. Längsinzision im Bereich der Dehnungszone, die nach oben auf etwa 2 cm in den Hohlmuskel fällt und hier die Placentarstelle trifft. Dabei wird das Kind an der rechten Backe verletzt.

Entwicklung des Kindes mit der Zange. Nach Entfernung der Placenta Naht des Uterusmuskels in doppelter Schicht. Der untere Winkel der Uteruswunde wird durch Heraufnehmen der Umschlagsfalte an das parietale Peritoneum extraperitoneal gelagert. Der intraperitoneal gelegene Rest des Schnittes erhält eine seroso-seröse Decknaht. Schluß des Peritoneums und der übrigen Bauchwunde bis auf den unteren Winkel, durch den ein Gazestreifen in den prävesikalen resp. präuterinen Bindegewebsraum geführt wird.

Für das vermutliche Emphysem hat sich ein Anhaltspunkt nicht gefunden, abgesehen davon, daß vor dem Uterus einige Darmschlingen lagen.

Kind: asphyktisch, tiefblau, reichlich aspiriert, schreit auf Hautreize. Schnittwunde auf der Backe, die glatt heilt. Erholt sich bald und trinkt gut. Länge 62 cm. Gewicht 3580 g.

Wochenbett: Die Frau erholt sich allmählich; doch bekommt sie erhöhte Temperatur. Am 3. Tage wird der Tampon zum Teil herausgezogen, er riecht nach coli. Eiter nicht zu ermitteln.

Am 4. Tag Tampon ganz entfernt; es entleert sich ein halber Tassenkopf voll seröser, übelriechender Flüssigkeit. Tamponade erneuert. Die Wunde sezerniert stark; es stoßen sich Katgutfäden und nekrotische Gewebsstücke ab. Auf die septische Station verlegt.

17. Tag: In die Inzionsöffnung ein langes Drainrohr eingelegt, welches in die freie Bauchhöhle führt; durch das Drain reichlich Sekretion blutigseröser Flüssigkeit. Leib stark aufgetrieben, nirgends besonders druckempfindlich. Hohe Temperatur, allmählich auf 39^0, hohen unregelmäßigen Puls. Digalen. Hoher Glyzerineinlauf nach Einführung des Drainrohres.

21. Tag: Pat. sieht verfallen aus. Winde gehen ab. Leib ballonartig aufgetrieben. Hoher Einlauf. 2 mal täglich 1 Spritze Physostigmin.

22. Tag: Leib weicher. Hohe Temperatur. Puls sehr unregelmäßig.

23. Tag: Verband erneuert. Drainrohr weggelassen. Reichlich Winde. Schlechter Schlaf. Kein Erbrechen. Stark verfallen.

24. Tag: 40^0 Temperatur. Puls 140, klein, frequent. Atmung oberflächlich, beschleunigt, klein und flatternd.

25. Tag: Exitus letalis.

Sektionsprotokoll: Schlaffes Herz. Alte Endocarditis verrucosa mitralis. Stauungsleber. Alter Infarkt in der Milz. Parenchymatöse Degeneration der Nieren, Douglasabszeß mit diffuser, eitriger Peritonitis im Anschluß an Kaiserschnitt.

Welche Erfahrungen haben sich nun aus unseren Fällen ergeben, soweit sich aus der kleinen Zahl ein Schluß ziehen läßt?

Vor allem muß man an jedes neue Operationsverfahren den Anspruch stellen, daß es für Mutter und Kind nicht schlechtere Resultate gibt als frühere Methoden; und in diesem Sinne interessiert zunächst eine Uebersicht über den Ausgang unserer Fälle.

Von den 26 Kreissenden, die zur Operation gelangten, starb eine an einer Infektion (Fall 26); ich habe in der Geburtsgeschichte ausführlich den Hergang geschildert. Meiner Meinung nach ist die Frau schon bei den Zangenversuchen infiziert worden, da sie bereits mit einer Temperatur von 38,3° C. eingeliefert wurde. Vielleicht wäre die Frau gerettet worden, hätte man wie in Fall 23 die Porro-Operation gemacht. — Bei den übrigen Wöchnerinnen traten Infektionserscheinungen ernster Art nicht auf. Vorübergehende Temperaturen bis 38,5° C. bei gutem Allgemeinbefinden und ohne große Störung im Wundverlauf sind öfter vorgekommen und ganz abgesehen von der Operation allein schon nach protrahierten Geburten bei engem Becken und den vielen Untersuchungen in der Schwangerschaft erklärlich. Unter diesen Umständen dürfte man die Wochenbetten mit solchen Temperatursteigerungen, wie sie zum Teil in unseren Fällen vorgekommen sind, auch ohne Kaiserschnitt nicht als ungünstig verlaufen anzusehen haben. Etwas Sorge machte Fall 2, der an einer Bronchitis und Cystitis erkrankte (Entlassungstag: 28. Tag post partum), Fall 13 bekam eine Thrombose am linken Bein (entlassen: 27. Tag p. p.); und bei einer Wöchnerin (Fall 23) trat am 10. Tage eine Embolie auf, doch wurde auch sie am 26. Tag p. p. gesund entlassen. — Die Wundheilung ging im Ganzen glatt vonstatten; Störungen kamen hin und wieder vor; nur im Fall 11 (Bauchdeckenabszeß) machte die Heilung größere Schwierigkeiten. Die Wöchnerinnen wurden alle beschwerdefrei entlassen.

Von den durch die 26 Kaiserschnitte erhaltenen 26 Kindern wurde keins tot oder so tief asphyktisch geboren, daß die Wiederbelungsversuche erfolglos blieben. Eine bedenkliche Asphyxie war nur in einem Fall (26), wo das Kind tiefblau war und reichlich aspiriert hatte; es erholte sich allmählich. Alle übrigen Kinder wurden, wenn auch mehr oder weniger leicht asphyktisch, lebensfrisch geboren. Während des Wochenbettes erkrankte in Fall 10 das Kind an Ikterus und Parotitis, es konnte jedoch wie die übrigen gesund entlassen werden.

Aus dem Berichten folgt, daß der cervikale, transperitoneale Kaiserschnitt gute Erfolge erzielen läßt.

Die Indikationen zum Kaiserschnitt haben sich im Laufe der Jahrzehnte in mannigfaltigster Weise verschoben. Während man früher die Sectio caesarea nur in mortua ausführte, um das Leben zu retten, wird diese Operation heute bei engem Becken, Eklampsie, Portiocarcinom, Cervixstenose usw. ausgeführt.

Wenn ich die vorliegenden Fälle nach den Indikationen zusammenstelle, so ist zunächst die absolute Indikation zu erwähnen: Die Entbindung ist per vias naturales unmöglich. Der Fall tritt ein bei hochgradig verengtem Becken, deren kürzester Durchmesser unter 5,5 cm sinkt, ferner bei Geschwulstbildungen und Narbenstrikturen, welche den Geburtskanal verlegen und unwirksam machen.

In unserem Fall (4) von hochgradig verengtem Becken betrug die Conjug. vera (schätzungsweise) 5,0 cm. Es handelte sich um eine rhachitische Erstgebärende; interessant ist es festzustellen, was die Rhachitis bei all den Beckenverengerungen für eine Rolle spielt.

Geschwulstbildungen, die den Geburtskanal verlagerten und unwirksam machten, hatten wir 2: Fall 23 und 24. Fall 23 ein tiefsitzendes Myom als Geburtshindernis bei einer infizierten Frau; eine andere Methode der Entbindung kam schon wegen der drohenden Sepsis nicht in Betracht; und

Fall 24 ein Portiocarcinom, das eine Dehnung der Portio unmöglich machte. Hier schien es auch das zweckmäßigste und schonendste Vorgehen, das lebende Kind per abdomen zu entwickeln und dann gegen das operable Carcinom radikal vorzugehen. Die Frau hat auch kein Rezidiv mehr bekommen; sie entzog sich leider später den regelmäßigen Vorstellungen in der Klinik und ist an einer eitrigen Cystitis und Pyelonephritis 4 Wochen nach Entlassung zugrunde gegangen.

Eine 4. Wöchnerin, die eine absolute Indikation zum Kaiserschnitt zeigte, ist Fall 25. (Der Fall ist bereits veröffentlicht.) Es handelte sich um eine Frau, bei der der Uterus ventrofixiert war; eine Spontangeburt war, zumal der Foetus in Querlage sich befand, unmöglich. Die Portio lag ganz nach hinten und oben gezogen; der Uterus war in Anteversioflexio-Stellung, die hintere Uteruswand lediglich gedehnt. Auch hier war das abdominale Arbeiten das richtige, war doch die Gefahr der Uterusruptur recht groß. Außerdem ging man mit dem Gedanken um, den Uterus zu lösen und so der Frau für spätere Geburten Erleichterung zu verschaffen.

Neben der absoluten Indikation zum Kaiserschnitt gibt es noch eine „relative“ bei Beckenenge mittleren Grades, wo die Entbindung auf natürlichem Wege durch die Kraniotomie noch möglich wäre, die Erhaltung des kindlichen Lebens aber nur durch die Sectio caesarea erreicht werden kann.

Um eine solche Beckenverengung handelte es sich 20 mal; und zwar 6 mal bei Erstgebärenden, 14 mal bei Mehrgebärenden.

Bei den Erstgebärenden betrug die Conjugata vera 5,5 bis 7,5; dazu kam als zwingender Grund für die Operation 1 mal Schwanken der kindlichen Herztöne und Nabelschnurvorfall. In den übrigen 5 Fällen lag die Indikation allein in dem mechanischen Hindernis, welches sich als unüber-

windlich erwies; trotz 24 Std. Geburtsdauer blieb der Kopf beweglich über dem Becken. Bei den Mehrgebärenden schwankte die Conjugata zwischen 10 und 6.5. Hier war der frühere Geburtsverlauf im allgemeinen maßgebend für den Eingriff; einmal wartete man allerdings 49 Std. vom Wehenbeginn ab, ein anderes Mal operierte man schon nach 3 Std. Das ist ja das Gute beim cervikalen Kaiserschnitt, daß man mit ihm Frauen nach längerer Geburtsdauer und lange nach dem Blasensprung operieren kann. Den Geburtsverlauf kann man also lange abwarten, und erst, wenn die Naturkräfte nicht ausreichen, dann eingreifen; damit tritt der neue Kaiserschnitt in Konkurrenz mit der Hebosteotomie, aber nur für Fälle, die von Wehenbeginn an in der Klinik beobachtet sind. Für infizierte Fälle eignet sich der cervikale, transperitoneale Weg nicht; Fall 26, der infiziert war, und bei dem er angewandt wurde, ging zugrunde.

Ebenso wie auf dem Gebiete der Indikationen hat auch die Technik der Sectio caesarea große Wandlungen durchgemacht. Ich habe in den ersten Seiten eine Uebersicht über die einzelnen Verfahren der neueren Zeit zu geben versucht; zu einem feststehenden Schlusse ist man nach den gemachten Beobachtungen bisher nicht gelangt.

Der oben geschilderte cervicale transperitoneale Weg wurde stets gewählt mit Ausnahme des Falles 23, wo die Porro-Operation gemacht wurde, des Falles 24, wo das Portiocarcinom vorlag, und des Falles 25, wo es sich um die Ventrofixation des Uterus handelte.

In der Mehrzahl der Fälle also wurde die Bauchhöhle durch Längsschnitt geöffnet, wobei darauf gesehen wurde, den Schnitt klein zu machen, in einigen Fällen wandte man den Querschnitt an (Fall, 1; 2; 5; 6; 24). Welche Schnittführung die bessere ist, läßt sich aus der kleinen Zahl nicht sagen; soviel scheint aber sicher zu sein, daß man mit einem Querschnitt „komplizierte Wundverhältnisse“ schafft.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde der gravide

Uterus in situ geöffnet und zwar durch Längsschnitt im Ausführungsgang, also im gedehnten Teil. „Der Längsschnitt durch die Cervix ist wohl dem Querschnitt vorzuziehen, da er gewiß mit geringerem Blutverlust und auch mit weniger Bindegewebswunden auszuführen ist.“ Niemals hat es aus der Uteruswunde nennenswert geblutet; dieses hat den Vorteil, daß Blut gespart und übergroße Eile vermieden wird. Sellheim hat festgestellt, daß das Fehlen jeder stärkeren Blutung aus der Wunde dadurch bedingt ist, daß der Gebärmutterhals gefäßarm bleibt, während unter dem Einfluß der Schwangerschaft in der Wand des Uteruskörpers sich ein allseitiges anastomosierendes mächtiges Gefäßnetz entwickelt. Ein weiterer Vorteil des Cervixschnittes ist das Vermeiden der Placenta, falls diese einen pathologischen Sitz hat. Einmal nur wurde hier die Placenta getroffen. (Fall 26). Wenn man nun die Bauchdeckenwunde nicht unnötig weit nach oben verlängert, so liegt der Uterus, der bei unserem Operieren durch einen Assistenten mit Spateln an die Bauchdecken gepreßt wurde, so zu der Wunde, daß er die Bauchhöhle abschließt, man sieht nichts vom Darm und bekommt nicht den Eindruck einer Bauchhöhlenoperation. Nur mit Ausnahme eines Falles, in welchem die Frau wegen schlechter Narkose vielfach unerwartet erbrach und preßte, floß nie Blut oder Fruchtwasser in nachweisbarer Menge in die Bauchhöhle. — Der tief angelegte Uterusschnitt hat auch den Vorteil, daß er sehr bald infolge der Involution des Uterus aus der Bauchhöhle in das kleine Becken hinabsinkt. Durch diese anatomischen Verhältnisse kommt die Wunde außerhalb des Peritoneums zu liegen, für Lokalisation von Krankheitsprozessen von großem Wert!

Große Schwierigkeiten bei der Extraktion der Frucht sind nie entstanden, obgleich, wie schon gesagt, die Schnitte möglichst klein gemacht wurden. Die Entwicklung des Kopfes geschah in unseren Fällen, falls er aus der Uteruswunde nicht mit der Hand unter Mithilfe eines auf dem

Fundus ausgeübten Druckes sofort herausbefördert wurde, mit der Zange, einmal mittels Wendung, einmal lag das Kind in Steißlage und wurde am Fuß extrahiert. Ueber die Lösung und Entfernung von Placenta und Eihäuten ist nichts Bemerkenswertes zu erwähnen; das ist aber auch wieder ein Vorteil des cervikalen Kaiserschnittes, daß die Lösung der Placenta in fast physiologischer Weise erfolgt. Schwere Atonie des Uterus, die zur Tamponade zwang, ist nicht beobachtet; etwas stärkere Blutung nach Entfernung der Placenta kam hin und wieder vor, doch wurde man ihrer schnell Herr durch Ergotin, Secacornin oder Massage.

Die Naht der Cervixwunde in doppelter oder dreifacher Etage geht rasch von statten und läßt sich mit gleicher Sicherheit ausführen, wie die immer etwas komplzierte Naht im Uteruskörper, darüber kommt die seroso-seröse Naht, die von großer Wichtigkeit ist, insofern als Verwachsungen des Uterus mit der vorderen Bauchwand, mit Netz und Därmen vermieden werden, und dadurch eine Reihe von Folgezuständen: mangelhafte Involution des Uterus, gastro-instestinale und allgemein nervöse Störungen. Peritoneum, Muskulatur, Fascien und Fett wurden in fortlaufender Catgutnaht völlig geschlossen, die Haut mit Michel'schen Klammern aneinandergebracht, nur im Falle 26 wurde ein Tampon in den unteren Wundwinkel bis in den praevesikalen resp. praeuterinen Bindegewebsraum geführt.

Im Anschluß an die Sectio caesarea wurde in Fall 3, 17 und 19 die Tubensterilisation auf Wunsch der Frauen vorgenommen: einmal wurde beiderseits die Resektion des Tubenwinkels des Uterus mit der Tube gemacht (Fall 17); die anderen Male (Fall 3 und 19) wurde die doppelte Unterbindung und Durchschneidung der Tuben gemacht und die Enden in das Ligamentum latum übernäht.

Die Dauer des cervikalen Kaiserschnitts betrug 25 bis 45 Min.; die längere Zeit war bedingt durch Tubensterilisation, Demonstration in der Klinik usw.

In Fall 17 wurde der Kaiserschnitt zum zweitenmal und im Fall 1 zum drittenmal ausgeführt. Die alten Narben hielten hier; es sind aber schon Fälle bekannt, wo es trotz exakt genähter und reaktionslos geheilter Wunde zur Ruptur kam. Und das ist ja auch ein Bedenken, das man beim Schnitt in die Dehnungszone des Uterus nicht unterdrücken kann. Fällt doch der Schnitt in den Teil des Uterus, der bei der Geburt stark gedehnt wird, zumal wenn es Fälle sind, „bei denen der Kaiserschnitt wegen engen Beckens ausgeführt ist und bei denen die Dehnung des Uterusausführungsganges besonders wahrscheinlich ist."

Die Erfahrung wird lehren, wie weit diese Bedenken berechtigt sind; es wäre bedauerlich, wenn man den suprasymphysären cervicalen Kaiserschnitt, der so hohe Bedeutung erlangt hat gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt und der Hebosteotomie, wegen Rupturgefahr aufgeben müßte.

Sicher ist, daß ein cervicaler Kaiserschnitt weniger infektionsgefährlich ist als ein klassischer und daß das transperitoneale Operieren, wie wir gesehen haben, gute Resultate für Mutter und Kind liefert. Ob der Wert des transperitonealen Verfahrens dem extraperitonealen gleich zu setzen ist, darauf ist eine feststehende Antwort nicht zu geben. Bei infizierten Fällen ist ein extraperitonealer Operationsweg so gefährlich wie jeder andere; da „wird nach wie vor das beste Verfahren sein zu perforieren, auch das lebende Kind, und bei absolutem Geburtshindernis den Kaiserschnitt nach Porro zu machen."

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. Franz für gütige Ueberlassung der Fälle und seine freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Literatur.

Bumm, Centralblatt für Gyn. 1902.
Dührssen, Centralblatt für Gyn. 1904.
Büttner, Hegars Beiträge zur Gyn. und Geburtsh. 1907.
Freund, Berliner klinische Wochenschrift 1900.
Dührssen, Kompendium der Geburtshilfe. Berlin 1896. Verlag von Karger.
Liepmann, Medizinische Klinik 1906.
Frank, Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn. Bd. XXV.
— Münchener medizin. Wochenschr. 1906 und Deutsche medizin. Wochenschr. 1906.
— Archiv für Gyn. 1907 Bd. 81.
Veit, Monatsschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. XXVI.
Sellheim, Centralbl. für Gyn. 1908.
Küstner, Centralbl. für Gyn. 1908.
Bumm, Deutsche medizin. Wochenschr. 1908 und Centralbl. für Gyn. 1908.
Hofmeier, Centralblatt für Gyn. 1908.
Kroemer, Berliner klinische Wochenschr. 1908 und Centralblatt für Gyn. 1908.
Pfannenstiel, Centralblatt für Gyn. 1908.
Latzko, Centralblatt für Gyn. 1909 und Wiener klinische Wochenschr. 1908.
Döderlein, Centralblatt für Gyn. 1909.
Franz und Veit, Praktische Ergebnisse der Gyn. und Geburtsh. 1909.
Lange, Monatsschr. für Gyn. und Geburtsh. 1909.
Bumm, Lehrbuch der Geburtshilfe 1909.

Lebenslauf.

Verfasser, Carl Walter Fiehn, evangelischer Konfession, wurde am 25. August 1883 als Sohn des verstorbenen Rektors Carl Fiehn zu Berlin geboren. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Luisenstädtischen Gymnasium zu Berlin, das er Oktober 1902 verließ. Er besuchte dann die Kaiser Wilhelms-Akademie zu Berlin und diente als Einjährig-Freiwilliger von April bis Oktober 1903 beim 4. Garde-Regiment zu Fuß. August 1906 bestand er die ärztliche Vorprüfung, August 1908 die ärztliche Staatsprüfung. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Bernhardt, Bier, Borchardt, Brieger, Bumm, Engelmann (†), Engler, Ewald, Fischer, Fränkel (†), Frey, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Kraus, Koehler, Lasson, Lesser, von Leyden (†), Liebreich (†), von Michel(†), Orth, Olshausen, Passow, Rubner, Sonnenburg, Schulz, Schulze, Schwendener, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, Virchow, Waldeyer, Warburg, Williger, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.